



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
Lacor		Cabrero		Olivia Liliana		03 07 1988			66	M
						día mes año			Edad	Sexo
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual			Dirección Domicilio			Nº Telefónico	
Ecuatoriana	Ecuador	1304081910	Manabí Chone Boyacá			Las Piedras			0988892246	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria			Convencional/ Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP		Centro de Salud Boyacá		A	13D07		
Refiere o Deriva a:							
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud		Servicio	Especialidad	Fecha	
MSP		Hospital General de Chone		Consulta Externa	Reumatología	09 01 2025	

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒
Ausencia temporal del profesional 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente que acude a consulta nos refiere que viene presentando intenso dolor en miembros superiores que le imposibilita movilizarse al igual que en miembros inferiores que en ocasiones se le irradia hacia la columna nos refiere que tiene seguimiento por Reumatología por lo cual necesita valoración.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--	--

5. Diagnóstico

1	Poliartritis, no especificada	CIE-10	PRE	DEF
2		M159		X

Nombre del profesional:

Dra. Gabriela Baquerizo T.

Código MSP:

Esp. Medicina Familiar

CP. 1720252341

Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐

REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud		Tipo	Servicio	Especialidad del servicio		
Contrarefiere o Referencia inversa a:								
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud		Tipo	Distrito/Área			
					Fecha			
					día mes año			

2. Resumen del cuadro clínico

--	--	--	--

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--	--	--	--

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

--	--	--	--

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

--	--	--	--

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: